



Fallstudie – Parodontitis

1. Situation

Bernhard S. stellt sich nach über 13 Jahren zum ersten Mal wieder beim Zahnarzt Dr. Ralf R. vor. Am Empfang klagt er über massive Probleme oben links, die trotz intensiver Kamil-
lenteespülung und der regelmäßigen Einnahme von Ibuprofen 400mg nicht besser werden. Im Erstgespräch zwischen dem Patienten und dem Arzt wird anamnestisch folgendes Bild deutlich:

Allgemeine Anamnese

Bernhard S. wurde am 01.01.1961 geboren. Er raucht seit seinem 25. Lebensjahr ca. 25 Zigaretten am Tag und konsumiert gelegentlich am Abend Alkohol. Im Allgemeinen hat der Patient keine Wertschätzung gegenüber Ärzten, insbesondere aber nicht gegenüber Zahn-
ärzten. Er entwickelte vor 13 Jahren eine regelrechte Zahnarztphobie gegenüber seinem damaligen Hauszahnarzt, die schlussendlich dazu führte, dass die damalige Behandlung unvollendet abgebrochen wurde. Auf die Nachfrage, was vor 13 Jahren geschehen sei, gab Bernhard S. folgendes an: „Ich suchte meinen Zahnarzt auf wegen starker pochender Schmerzen an einem kleinen oberen Backenzahn (oben links). Der Zahnarzt erklärte mir nach der Untersuchung, dass der Zahn eine tiefe Karies habe, die den Nerv (die Pulpa) er-
reicht habe. Infolgedessen habe sich das Zahnmark entzündet, und der Zahn müsste ent-
weder wurzelbehandelt, oder entfernt werden. Ich wollte eine langwierige und schmerzhaftere Behandlung wie eine Wurzelbehandlung nicht im Kauf nehmen für den Zahnerhalt und ent-
schied mich daher für die Entfernung des Zahnes. Der Zahnarzt anästhesierte den linken Oberkiefer und bat mich einige Minuten zu warten, bis die Anästhesie wirkte.“

Bernhard S. wartete über eine halbe Stunde und beschloss dann, die Praxis zu verlassen, weil auf Grund der langen Wartezeit die Betäubung nachgelassen hatte und er sich von dem Zahnarzt vernachlässigt gefühlt hatte.

Seit diesem Zeitpunkt ist der Patient nicht mehr bei einem Zahnarzt gewesen, weil er sich durch den Arzt missverstanden und ungerecht behandelt gefühlt hat. Des Weiteren leidet der stark adipöse Bernhard S. an einem nicht eingestellten Typ 2 Diabetes.

Spezielle Anamnese

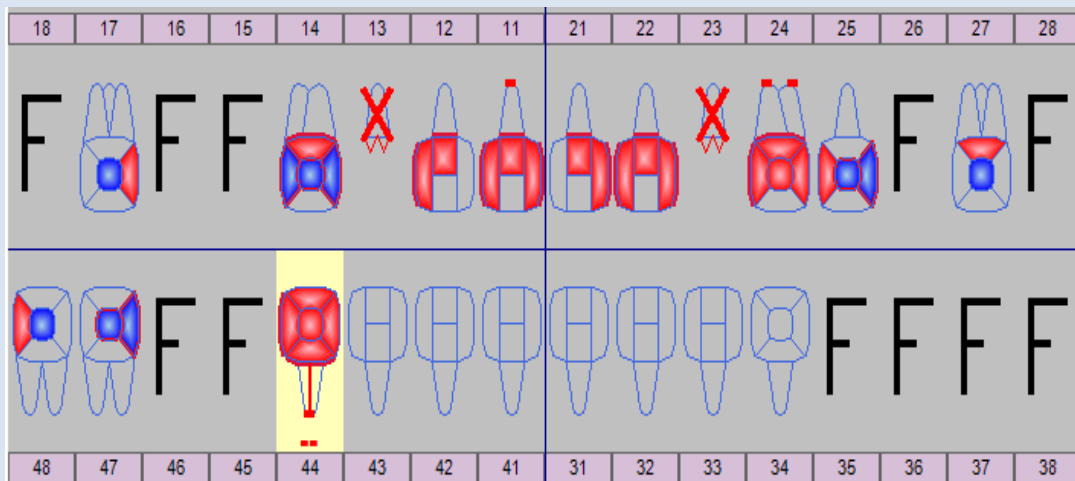
Nachdem der Zahnarzt den 01 Befund erhoben hat, wurde folgender Befund deutlich:

Symptome

Im Oberkiefer: Massive kariöse Läsionen von vestibulär; Vit- an Zahn 11 und 24; perk+ an Zahn 24; pochende Beschwerden an 24

Unterkiefer: perk+ 44; pochende Beschwerden an Zahn 48

Generell: Plaqueindex (PI) 100%; PSI 333333; Blutungsindex (BOP) 100%; stark entzündete, hypertrophe Gingiva, Foetor ex ore



Wunsch des Patienten

➤ keine Zahnschmerzen mehr und eine kostengünstige Versorgung. Keinesfalls eine prothetische Versorgung im Sinne von Kronen, Brücken oder Implantaten, um die Lücken zu schließen.

2. Diagnose & Behandlung:

Behandlungsvorschlag

- Zahnerhaltung
 - Zunächst sollten die Wurzelreste 13 und 23 entfernt werden
 - Karies exkavieren und Füllungstherapie an den Zähnen 17, 14, 12, 11, 21, 22, 24, 25, 27, 44, 47, 48

- Wurzelkanalbehandlung ggf. an 24, 44 und vermutlich 48

➤ Parodontologie (13)

- Paro-Behandlung einleiten im Sinne von:

1. Vorbehandelnde Maßnahmen

- Plaqueindex, Blutungsindex
- Mundhygieneinstruktion (Information, Motivation, Instruktion)
- Professionelle supragingivale Zahnreinigung / Zahnsteinentfernung

2. Initialtherapie (nur bei entsprechender Compliance)

- klinischer Befund
- röntgenologischer Befund
- Supra und subgingivales Debridement unter Lokalanästhesie

Extrapunkt

- mikrobiologische Untersuchung (nur falls indiziert: Ergebnis muss bis zum Debridement vorliegen)

3. Reevaluation (8-10 Wochen nach subgingivalem Debridement)

- klinischer Befund
- Remotivation
- supragingivales Debridement optional

4. Parodontalchirurgie (nur bei entsprechender Compliance)

- Falls indiziert Parodontalchirurgie (resektiv oder regenerativ)

5. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

- supra und subgingivales Debridement (3 -4 x jährlich)
Parodontalstatus (1x jährlich)

Kommunikation & Interaktion:

Der behandelnde Arzt klärt Bernhard S. über die derzeitige Situation auf und schlägt ihm einige kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten vor. Des Weiteren spricht Dr. Ralf R. die vorangeschrittene Parodontitis an und erklärt, dass auch hier zwingend Behandlungsbedarf notwendig ist, damit die derzeitig vorhandenen Zähne eine bessere Prognose haben. Das starke Rauchen sollte auch reduziert werden, damit eine womöglich bald beginnende Parodontitis-Behandlung einen besseren Erfolg aufweist.

Der Patient willigt sofort ein, dass alle konservativen Behandlungen umgehend gemacht werden, damit die Schmerzen aufhören. Uneinsichtig zeigt sich der Patient allerdings hinsichtlich der Parodontitis-Therapie. Bernhard S. gibt an, dass er doch an den anderen Zähnen überhaupt keine Schmerzen empfindet und das selten auftretende Zahnfleischbluten ist doch auch nicht beunruhigend. Darüber hinaus entstehen dann weitere Kosten, die doch genauso wenig notwendig sind wie neue Kronen oder Brücken.

3. Lernziele – Gendermedizin

Gesundheitsverhalten & Krankheitseinstellung:

Aus dem vorliegenden Fall lassen sich verschiedene Genderaspekte ableiten:

1. Bernhard S. wurde am 1.1. 1961 geboren. Er raucht seit seinem 25. Lebensjahr ca. 25 Zigaretten am Tag und konsumiert gelegentlich am Abend Alkohol. Faktoren wie Stress, Alkohol und Nikotin können Einfluss auf eine Parodontitis nehmen. Zudem rauchen vor allem deutlich mehr ältere Männer als gleichaltrige Frauen. Rauchen ist ein bekannter Risikofaktor für das Auftreten der Parodontitis. Bemerkenswerterweise treten nicht nur Geschlechterunterschiede bei der Parodontitis, sondern auch bei der Gingivitis auf. Zudem erkranken Männer häufiger an einer Gingivitis als Frauen. Hieraus lässt sich die wesentliche Schlussfolgerung ziehen, dass die für einen Mann im Alter des Bernhard S. gegenüber gleichaltrigen Frauen unterschiedlichen Konsumgewohnheiten das Auftreten von Parodontitis und Gingivitis begünstigt und somit ein wesentlicher Grund für deren Auftreten sein kann.

2. Bernhard S. hat im Allgemeinen nur eine geringe Wertschätzung gegenüber Zahnärzten. Er entwickelte vor 13 Jahren eine regelrechte Zahnarztphobie gegenüber seinem damaligen Hauszahnarzt, die schlussendlich dazu führte, dass die damalige Behandlung unvollendet abgebrochen wurde. Patienten bzw. Patientinnen, die nur beschwerdeorientiert eine Zahnarztpraxis aufsuchen, besitzen nachgewiesenermaßen eine schlechtere Mundgesundheit als Patienten bzw. Patientinnen mit regelmäßigen kontrollorientierten Zahnarztbesuchen. Im Allgemeinen gehen Frauen häufiger zum Zahnarzt, putzen häufiger die Zähne, nutzen häufiger Zahnseide und sind insgesamt gesehen gesundheitsbewusster eingestellt als Männer. Das bedeutet in der Konsequenz, dass Frauen weniger Zahnstein haben und weniger Entzündungen der Gingiva. Die auf Grund seiner ausgebildeten Zahnarztphobie unterlassenen kontrollierten Zahnarztbesuche des Bernhard S. haben zu einem desaströsen Status seiner Mundgesundheit geführt. Bedingt durch die nur beschwerdeorientierten Zahnarztbesuche des Bernhard S., die für Männer eher typisch sind als für Frauen, die häufiger auch nur prophylaktisch den Zahnarzt/In aufsuchen, und die damit vernachlässigte Versorgung hat sich

die Parodontitis des Bernhard S. unkontrolliert ausbilden können. Die Notwendigkeit einer Parodontitis-Behandlung und ein konsequentes Befolgen der diesbezüglichen ärztlichen Ratschläge sind für ihn unbedeutend. Eine Therapietreue, wie sie von vielen Frauen akzeptiert wird, um sich konsequent gegen die Parodontitis zu wehren, ist bei Bernhard S. nicht ansatzweise vorhanden. Zudem hat die oben geschilderte Entwicklung einer Phobie gegenüber dem Hauszahnarzt bei Bernhard S. eine eklatante Verschlechterung der Compliance herbeigeführt.

3. Der hochgradig adipöse Bernhard S. leidet an einem nicht eingestellten Typ 2 Diabetes. Neuere Analysen zeigen, dass ein Typ 2 Diabetes eine Parodontitis begünstigen kann und daher eine Wechselwirkung hervorgerufen werden kann. So sind die Krankheitssymptome bei Diabetikern bezüglich Parodontitis ausgeprägter. Eine unbehandelte Parodontitis verschlechtert bei Diabetes die Stoffwechselkontrolle. Außerdem steigt dadurch das Risiko für diabetesassoziierte Komplikationen. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Personen, die an Diabetes erkrankt sind, höhere Zahnverlustraten aufweisen.

Signifikant ist zudem, dass an Typ 2 Diabetes erkrankte Frauen ein um den Faktor 1,6 erhöhtes Risiko für Zahnverlust haben als Männer. Insgesamt treten Diabeteskomplikationen bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Statistiken lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass ein Zahnverlustrisiko bei Bernhard S. auf Grund seiner Typ 2 Diabetes gegenüber an Typ 2 Diabetes erkrankten Frauen geringer ist. Bei einer weiteren Nichtbehandlung seiner Parodontitis besteht jedoch bei Bernhard S. ebenso wie bei ähnlich situierten Frauen ein nicht zu unterschätzendes Risiko für die diabetesassoziierten Komplikationen.

4. Uneinsichtig zeigt sich allerdings der Patient hinsichtlich der Parodontitis-Therapie. Bernhard S. gibt an, dass er doch an den anderen Zähnen überhaupt keine Schmerzen empfindet und das selten auftretende Zahnfleischbluten ist doch auch nicht beunruhigend. In der Zahnmedizin stellt die Compliance des Patienten bzw. der Patientin eine wichtige Rolle dar. Insbesondere im Rahmen einer Parodontitistherapie ist die Patienten-Compliance für den Erfolg der Behandlung von elementarer Bedeutung. Diese erfordert zum Teil erhebliche Veränderungen im Alltag des Patienten bzw. der Patientin. Die Vermutung liegt

nahe, dass das hohe Maß an Non-Compliance darin besteht, dass Parodontitis von vielen Patienten bzw. Patientinnen als eine nicht ernstzunehmende Erkrankung angesehen wird, weil hierbei kaum Schmerzen verursacht werden und insbesondere im Anfangsstadium dieser Erkrankung wenige bis keine Beschwerden auftreten. Männer zeigen in der Regel eine schlechtere Compliance als Frauen, die sich im Rahmen der Therapie häufig kooperativer verhalten. Des Weiteren sind Frauen besser in die Erhaltungstherapie miteinzubinden. Stu-

dien belegen, dass das jeweilige Geschlecht des Patienten bzw. Patientin Einfluss auf die Behandlung und dessen Erfolg nimmt (Ramseyer et al. 2014). Die Uneinsichtigkeit des Bernhard S. lässt jedes kooperative Verhalten im Rahmen einer Parodontitis Therapie vermissen. Die Notwendigkeit einer Parodontitis-Behandlung und ein konsequentes Befolgen der diesbezüglichen ärztlichen Ratschläge sind für ihn unbedeutend.

Besondere Aspekte der zahnärztlichen Behandlung und Prognose

In Anbetracht der Vorgeschichte des Bernhard S. ist zu vermuten, dass er erneut keine Compliance aufweist. Zudem ist er ein starker Raucher. Eine systematische Parodontitistherapie beruht auf einer guten Mitarbeit des Patienten in vielerlei Hinsicht. Ein Aspekt ist die Eliminierung von Risikofaktoren. Die Rauchentwöhnung sollte nach Möglichkeit in den Behandlungsvorschlag aufgenommen werden. Des Weiteren wird keine Parodontitistherapie durchgeführt, wenn der Patient seine Mundhygiene nicht in den Griff bekommt und eine gute Mitarbeit zeigt. D.h. in einem solchen Fall wird die Behandlung nach Abschnitt 1. (vorbereitende Maßnahmen) abgebrochen. Bei solchen Vorgeschichten ist ein solcher Verlauf sehr wahrscheinlich. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für das Debridement auch nur, wenn die Voraussetzungen (Hygienefähigkeit, Eliminierung von Risikofaktoren, Compliance) gegeben sind. Darüber hinaus ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Internisten für Bernhard S. sehr sinnvoll, weil dann der Diabetes besser eingestellt werden kann.

4. Literatur

- 1) Gleissner C. (2014) Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Mundgesundheit? Bundesgesundheitsblatt 57: 1099-1106
- 2) Michiko Furuta, Daisuke Ekuni, Koichiro Irie, Tetsuji Azuma, Takaaki Tomotuji, Toshio Ogura and Manabu Morita: „Sex differences in gingivitis relate to interaction of oralhealth behaviors in young people“. J. Periodontol, April 2011
- 3) Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Gesundheit in Deutschland aktuell 2009.
- 4) Oktoberdruck AG, Berlin.
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBE-DownloadsB/GEDA09.pdf?_blob=publicationFile. Zugriffen:06.Jan.2014
- 5) Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Mundgesundheit. Heft 47.
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/mundgesundheit_inhalt.thml. Zugriffen:03.Mai2013
- 6) Chavarry NG, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A (2009) The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. Oral Health Prev Dent 7:107-127
- 7) Deschner J, Haar T, Jepsen S et al (2011) Diabetes mellitus und Parodontitis. Wechselbeziehung und klinische Implikationen. Ein Konsensuspapier, Internist 52:466-477

- 8) Kaur G, Holtfreter B, Rathmann W et al (2009) Association between type 1 and type 2 diabetes with periodontal disease and tooth loss. J Clin Periodontol 36:765-774
- 9) Kautzky-Willer A, Handisurya A (2009) Metabolic disease and ssociated complications: sex and gender matter! Euro J Clin Invest 39:631-648
- 10) Biro PA, Hewson ND (1976) A survey of patient`s attitudes to their dentist. Aust Dent J 21: 388-394
- 11) Mendoza AR, Newcomb GM, Nixon KC.. Prädiktoren für die Compliance in der kieferorthopädischen Behandlung. Gesundheitswesen. 2008; 70 164-169
- 12) Nanda RS, Kierl MJ.. Prediction of cooperation in orthodontic treatment. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1992; 102 15-21
- 13) Parodontologie, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York, Was bestimmt die Compliance von Patienten? A. Schroers, S. Doering
- 14) Sonja Sälzer, Dorothee Neuhoff, Gregor Pertsilka, Benjamin Ehmke, Arbeitshandbuch Parodontologie Band 1: Konservative Therapie
- 15) Psychological Data from an Exploration of the Rapport / Synchrony Interplay Using Motion Energy Analysis, A Nelson, J Grahe, F Ramseyer-Journal of, 2014 – openpsychologydata.metajnl.com